



# CERTIFICAT MEDICAL



**Je, soussigné(e) ..... docteur en médecine, certifie que**  
**M., Mme, Melle ..... âgé(e) de ..... ans ne présente**  
**apparemment aucune contre-indication à la pratique :**

- d'activités physiques et sportives non-compétitives ;**
- de la gymnastique de loisir et d'entretien ;**
- de gymnastique artistique et sportive.**

*Fait à : ....., le .....*

*Cachet et signature du médecin*

---

**Union Sportive et Culturelle Hourtin**

*13, rue des Ecoles 33990 Hourtin      Tél : 05 56 09 17 99    e-mails : usch@wanadoo.fr*